

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil Formulario de Solicitud de Ampliación de Beca	Devolver a: CCS Central PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	--

Sección 1 Información general				
Nombre:		Apellidos:		
Identificación del interesado:		Fecha de nacimiento (FDN):		
Número de Seguridad Social (SSN, por sus siglas en inglés) (opcional):		Teléfono de contacto:		
Dirección Postal:	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 2 Información del cupón			
Niños que necesitan que se amplíe su cupón			
Nombre del menor	Fecha de nacimiento del menor	Número de Seguridad Social del menor (SSN) (Opcional)	Fecha de inicio de la ampliación

Sección 3. Información de actividad			
Detalles de la actividad aprobada			
Nombre de los miembros de la familia	Actividad	Fecha de inicio	Fecha de terminación

Para todas las actividades que sean "Empleo", debe adjuntar una carta de su patrón verificando las horas de trabajo. Para todas las actividades que sean "Educación" o "Capacitación", debe adjuntar una copia del horario actual de su escuela/centro de capacitación para verificar los días y las horas de las clases.

Sección 3 Firma	
Bajo pena de perjurio, declaro que a mi leal saber y entender que la información proporcionada es correcta y verdadera.	
Firma	Fecha
Esta solicitud de ampliación de beca no será procesada si el formato no está firmado.	